

Les caractéristiques
idéales des responsables
des soins infirmiers en
Europe : étude Delphi
pour le Bureau régional
de l'OMS pour l'Europe

Étude commandée
par Ainna Fawcett-Henesy,
Conseiller régional,
Organisation et gestion des systèmes de santé,
Chef du service,
Politiques de systèmes de santé,
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

RÉSUMÉ

Pour soutenir la fonction de responsables des soins infirmiers dans les pays membres de la Région européenne de l'OMS, il faudra sélectionner et recruter de façon systématique des titulaires qualifiés, et établir des règles normalisées pour le perfectionnement professionnel des personnes récemment recrutées et du personnel déjà en poste. À cet effet, il est essentiel de définir les caractéristiques jugées importantes pour un responsable des soins infirmiers. C'est pourquoi une étude Delphi a été entreprise dans 22 États membres. Un consensus a été obtenu lors de la deuxième étape de l'étude, à laquelle 12 pays ont participé. Seize qualités principales sont énumérées ci-après par ordre décroissant d'importance :

- | | |
|--|--|
| 1. Aptitude à la communication | 9. Compétences en matière de prise de décision et de résolution de problèmes |
| 2. Capacité de travailler en équipe | 10. Qualités personnelles |
| 3. Aptitude à la réflexion stratégique | 11. Aptitude à promouvoir les soins infirmiers |
| 4. Crédibilité professionnelle | 12. Compétences en matière de gestion |
| 5. Autorité | 13.5 Aptitude à la résolution de conflits |
| 6. Habilité politique | 13.5 Capacité de gérer l'information |
| 7. Honorabilité et intégrité | 15. Compétences en matière de recherche |
| 8. Capacité d'innovation | 16. Caractéristiques physiques |

Sur les 9 pays pour lesquels une analyse statistique du degré d'accord était possible, 8 ont fait preuve d'un niveau significatif d'accord (Belgique, Danemark, Pays-Bas, Angleterre, Islande, Suède, Hongrie et Suisse). En Finlande, il n'y a pas eu d'accord au sein du pays.

Il est possible d'utiliser les qualités recensées pour concevoir le rôle du responsable des soins infirmiers en Europe.

Mots clés

NURSE ADMINISTRATORS – standards
PROFESSIONAL COMPETENCE
DATA COLLECTION
DELPHI TECHNIQUE
EUROPE

© Organisation mondiale de la santé – 2001

Tous les droits relatifs au présent document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Toutefois, ce document peut être librement commenté, résumé, reproduit ou traduit dans une langue quelconque (mais non en vue d'une vente ou d'une utilisation à des fins commerciales), pour autant que la source soit dûment indiquée. Pour l'utilisation de l'emblème de l'OMS, il convient de demander l'autorisation du Bureau régional. Toute traduction doit inclure la mention suivante : *Le traducteur du présent document est responsable de la fidélité de la traduction*. Le Bureau régional souhaite recevoir trois exemplaires de toute traduction. Les opinions exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que ces auteurs.



LES CARACTÉRISTIQUES IDÉALES
DES RESPONSABLES DES SOINS
INFIRMIERS EN EUROPE : ÉTUDE
DELPHI POUR LE BUREAU RÉGIONAL
DE L'OMS POUR L'EUROPE

DEBORAH HENNESSY,
CHERCHEUR PRINCIPAL HONORAIRE
ET

CAROLYN HICKS,
PROFESSEUR DE PSYCHOLOGIE DES SOINS DE SANTÉ,
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES,
UNIVERSITÉ DE BIRMINGHAM (ROYAUME-UNI)

ÉTUDE COMMANDÉE
PAR AINNA FAWCETT-HENESY,
CONSEILLER RÉGIONAL,
ORGANISATION ET GESTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ,
CHEF DU SERVICE,
POLITIQUES DE SYSTÈMES DE SANTÉ,
BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE



SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Généralités.....	1
La technique Delphi	5
Caractère anonyme des réponses.....	7
Coût.....	7
Obtention d'importants ensembles de données.....	7
Validité de la technique.....	7
Critères d'échantillonnage.....	8
Taille de l'échantillon.....	8
Validité des résultats	9
Réduction du biais.....	9
Méthode.....	10
Nature de l'étude	10
Documents.....	10
Échantillon	10
Procédure.....	11
Résultats	13
Discussion	16
Références	19
Annexe 1.....	21

Généralités

Plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé ont demandé instamment aux États membres de l'Organisation mondiale de la santé

« d'encourager et de soutenir la nomination d'infirmiers et de sages-femmes à des postes de direction et de gestion élevés, pour faciliter leur participation à la planification et à la mise en œuvre des activités sanitaires de leur pays ». (Tornquist, 1997 p. 82)

En outre,

« il a (également) été demandé instamment aux États membres de renforcer les aptitudes de gestion et de direction et la position du personnel de soins infirmiers et obstétricaux dans tous les cadres de soins »¹. (ibid p. 2)

Cependant, il n'y a en Europe que peu de pays où les infirmiers participent pleinement à l'élaboration des décisions importantes à tous les niveaux des services de santé, et de nombreux infirmiers estiment qu'ils doivent continuellement se battre pour se faire entendre. Presque tous les pays éprouvent des difficultés à faire en sorte que les questions de soins infirmiers soient prises au sérieux (Tornquist, 1997).

La profession infirmière peut renforcer son rôle en étant représentée au sein des organismes publics les plus importants. Par exemple, de nombreux gouvernements nomment des responsables des soins infirmiers dans leur ministère de la santé. Un certain nombre de pays d'Europe (par exemple, la Belgique, le Danemark, l'Islande, la Turquie, le Portugal, les Pays-Bas et le Royaume-Uni) ont officiellement créé le poste de responsable des soins infirmiers. Ces infirmiers donnent des conseils concernant des questions relatives aux soins infirmiers et obstétricaux et s'acquittent fréquemment d'une série d'autres fonctions. Cependant, leurs rôles sont variables et peuvent comprendre des activités dans un département de soins

¹ Tornquist, E. (coordinateur de la publication) 1997. Nursing Practice Around the World. WHO/HDP/Nur-Mid/97.5 Genève : Nursing/Midwifery Health Systems Development Programme.

infirmiers, de ressources humaines ou de formation. De même, ils peuvent travailler à temps plein ou à temps partiel et avoir un budget important ou pas de budget du tout. Non seulement il n'existe pas de pratique homogène dans les différents pays, mais la situation évolue fréquemment. Tornquist (1997) relève que, dans certains pays, le gouvernement ne considère pas que l'élaboration de politiques soit un rôle qui convienne à des infirmiers et que, dans d'autres, ce rôle se limite à donner des avis sur des questions concernant uniquement les soins infirmiers. Cependant, les infirmiers eux-mêmes commencent à exiger qu'un rôle plus actif leur soit confié en matière d'élaboration de politiques.

Pour obtenir un instantané de la situation actuelle en ce qui concerne tant la représentation des infirmiers à des postes de responsabilité et dans les administrations gouvernementales en Europe, que le développement des soins infirmiers et obstétricaux au niveau national, le Ministère des affaires sociales et de la santé de Finlande et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ont réalisé une enquête au début de 1999 (Ministère des affaires sociales et de la santé, 1999). Un questionnaire a été envoyé aux 51 États membres de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé et 27 d'entre eux y ont répondu. Ce questionnaire comportait un certain nombre de sections. Pour cette étude Delphi, la section consacrée à la gestion des soins infirmiers revêtait une importance particulière. Dans cette section, les questions portaient sur l'existence d'un poste de responsable des soins infirmiers, la participation de ce dernier au processus de décision, les pouvoirs de décision autonome du responsable des soins infirmiers et l'existence d'une stratégie nationale pour la promotion du développement des soins infirmiers.

Globalement, il découle des résultats obtenus que 17 des 28 pays avaient créé un poste de responsable des soins infirmiers au niveau du gouvernement central. Dans 11 pays, ces responsables des soins infirmiers participaient à la prise de décision en tant que chef de départements de soins infirmiers au sein du gouvernement central. Dans 13 pays, les responsables des soins infirmiers avaient des pouvoirs de décision autonomes au niveau du gouvernement central en ce qui concerne les services infirmiers et, dans 7 pays, ils avaient la responsabilité du personnel ; 7 autres pays ont indiqué que les responsables des soins infirmiers n'avaient pas de pouvoir de décision autonome. D'une manière générale, les infirmiers exerçant des fonctions à ce niveau affirment qu'ils ont peu de possibilité de participer à la politique ou à l'administration économique relative aux autres services de santé.

Les données ont également mis en évidence des variations géopolitiques. Par exemple, les responsables des soins infirmiers au sein des gouvernements des pays d'Europe centrale et orientale (PECO) ont des rôles très différents dans les décisions relatives aux politiques nationales. En 1997, la Hongrie a créé un département ministériel des soins infirmiers comptant 11 membres du personnel, responsable de toutes les questions relatives aux soins infirmiers sauf celles relatives à la formation, qui relèvent du ministère de l'éducation. Le département des soins infirmiers de Hongrie était le deuxième département ministériel de soins infirmiers en Europe (Tornquist, 1997).

En outre, lors de l'enquête, les nouveaux États indépendants (NEI) ne reconnaissaient pas que les infirmiers avaient un rôle légitime dans l'élaboration de politiques ou la gestion. Il y avait peu de dirigeants infirmiers reconnus et très peu de possibilités de formation organisée pour les cadres infirmiers. Ceux-ci semblaient manquer de connaissances professionnelles et possédaient peu de compétences en gestion et dans le domaine de l'exercice de l'autorité. Cela limitait leur aptitude à fournir une contribution à des politiques de nature à changer le système de santé et à développer les soins infirmiers. Malgré cela, dans certains des nouveaux États indépendants, les ministres et les infirmiers eux-mêmes reconnaissaient qu'il fallait que des infirmiers occupent des postes au niveau de l'élaboration des politiques. Des variations géopolitiques relatives au rôle d'élaboration de politiques des infirmiers ont été constatées également dans les pays d'Europe occidentale (PEO). Dans certains de ceux-ci, le Royaume-Uni par exemple, les infirmiers participaient activement à l'élaboration de politiques concernant la profession infirmière et prenaient des initiatives dans ce domaine. Dans d'autres, tels que la France et l'Italie, les infirmiers n'avaient qu'une fonction consultative. En Allemagne, en Autriche, en Italie, à Malte, en Norvège, en Suède, en Suisse et ailleurs, la fonction infirmière au niveau ministériel était limitée. Cela tient notamment au fait que les infirmiers sont dispersés dans différentes directions, que la structure fédérale diminue le rôle des infirmiers au centre et que les soins infirmiers ne sont pas jugés suffisamment importants pour être représentés.

Manifestement, les idées concernant le rôle de direction des infirmiers varient considérablement dans l'ensemble de l'Europe, en raison de conceptions multiples du rôle des responsables des soins infirmiers et de leur influence sur les politiques et les pratiques. Pour promouvoir et

développer systématiquement la profession infirmière dans un contexte international, il serait utile de comprendre de la même façon le rôle des responsables des soins infirmiers au niveau du gouvernement en Europe ainsi que les caractéristiques requises des titulaires d'un tel poste. En outre, cela permettrait d'élaborer des règles normalisées pour le perfectionnement professionnel des responsables des soins infirmiers dans l'ensemble de l'Europe. À cet effet, une étude Delphi a été entreprise, de façon à recueillir les avis des principales parties prenantes dans les États membres européens, afin de parvenir à un consensus concernant les principales qualités que doivent posséder les +s des soins infirmiers. On peut utiliser les résultats de cette étude pour guider la mise au point de règles normalisées.

La technique Delphi

L'objet de la technique Delphi est de parvenir à un accord entre experts dans un domaine de recherche donné, en utilisant une démarche systématique comportant plusieurs étapes pour recueillir des avis. Selon Bowles (1999), il s'agit :

« d'une technique d'enquête à itérations multiples qui permet un affinement anonyme et systématique d'avis d'experts, afin de parvenir à une position combinée ou consensuelle » (p. 32)

Cette méthode a été adaptée et a changé depuis sa conception dans les années 50, mais toutes ses variantes comprennent les caractéristiques suivantes :

- les répondants sont des experts ;
- les opérations se déroulent par écrit, à l'aide de questionnaires successifs ;
- on s'efforce de parvenir à un consensus ;
- les répondants et leurs avis restent anonymes ;
- on utilise l'itération et le retour d'informations anonymes contrôlées ;
- on s'efforce de parvenir à un accord en utilisant plusieurs étapes de distribution de questionnaires ; chaque étape commence par un résumé des conclusions des étapes antérieures, au sujet duquel il est demandé aux experts de formuler des observations.

(Beretta, 1996)

Bien que la technique ait subi de nombreuses modifications, ses principes fondamentaux restent les mêmes. Des experts d'un domaine donné reçoivent un formulaire d'enquête, dont l'objet est de recueillir leurs avis sur une question donnée. Le responsable de l'enquête utilise les observations contenues dans les formulaires pour établir une liste des thèmes mentionnés le plus fréquemment. Ceux-ci sont ensuite envoyés aux répondants initiaux, auxquels il est demandé d'exprimer leur degré d'accord avec ces thèmes. Les réponses formulées lors de cette étape font l'objet d'une nouvelle synthèse et sont renvoyées aux experts, par

itérations successives, jusqu'à ce qu'on parvienne à un consensus au sein du groupe d'experts.

Cette technique a été largement utilisée dans le cadre de travaux de recherche sur les soins de santé (voir Bowles, 1999; Crisp et al, 1999 ; Williams et Webb, 1994 ; Jones et Hunter, 1995), car il s'agit d'un moyen particulièrement adapté lorsqu'il faut recueillir l'avis d'experts en vue de guider l'élaboration de politiques et la prise de décision dans des domaines où trop peu d'informations ou de données empiriques sont disponibles. En outre, la méthode Delphi permet d'inciter les répondants à favoriser un changement via ce qu'il est convenu d'appeler une « validité catalytique » (Bowles, 1999).

Dans l'optique de la présente étude, il convient de mentionner plus particulièrement les études Delphi qui avaient pour objet de déterminer les caractéristiques essentielles des rôles des groupes de professionnels des soins de santé. Voici quelques exemples de telles études :

- Kirk et al (1997) : l'évolution du rôle de l'infirmier responsable de formation à la suite de la mise en œuvre du « Project 2000 » au Royaume-Uni ;
- Sentell et Finstuen (1998) : prévision des aptitudes à la direction et des compétences connexes des administrateurs d'hôpitaux navals aux États-Unis ;
- Novak (1998) : les compétences essentielles liées au rôle de l'infirmier coordinateur de la prise en charge du patient aux États-Unis ;
- Macdonald et al (2000) : les règles applicables à la formation des médecins du travail en Europe ;
- White et Wilkes (1999) : le rôle de l'infirmier spécialiste des soins relatifs aux seins en Australie.

Les travaux de recherche mentionnés ci-dessus démontrent non seulement que la technique Delphi permet de déterminer les caractéristiques essentielles que doivent posséder les personnes chargées de s'acquitter de différentes fonctions professionnelles dans le domaine des soins de santé, mais également qu'elle est applicable sur le plan international. C'est pourquoi il a été estimé qu'il s'agissait de la méthode la plus appropriée pour recueillir l'avis d'experts sur les compétences principales

qui devraient être exigées des responsables des soins infirmiers dans les pays européens.

Les avantages reconnus de la technique Delphi sont les suivants :

Caractère anonyme des réponses

Alors que les résultats d'autres méthodes de consensus, telles que le recours aux groupes de discussion, peuvent être faussés par l'influence qu'une seule personne puissante s'exprimant de façon péremptoire peut exercer sur l'opinion d'un groupe, la méthode Delphi est mise en œuvre de façon anonyme par la voie postale. Cela permet aux répondants de présenter leur opinion sans inhibition, pression ou conflit au sein d'un groupe. En outre, la diversité des langues des experts consultés dans le cadre de cette étude aurait empêché l'utilisation d'autres méthodes de consensus de groupe.

Coût

Comme la méthode Delphi a recours à des questionnaires envoyés par la poste, il n'est pas nécessaire d'engager des enquêteurs ni d'organiser des réunions et il n'y a pas de frais de voyage. Par conséquent, il s'agit d'une méthode peu coûteuse, ce qui lui donne un avantage sur d'autres méthodes de consensus. Comme il était essentiel de mener cette étude dans une optique européenne, le recours à d'autres modes de collecte de données aurait exigé des fonds importants.

Obtention d'importants ensembles de données

La technique Delphi convient particulièrement bien pour l'obtention d'évaluations subjectives sur une question donnée. En outre, comme les répondants sont tous des experts mais ont des qualifications et des expériences différentes, la qualité et la richesse des informations obtenues s'en trouvent augmentées. D'un point de vue pratique, il aurait été impossible d'obtenir des informations d'une richesse comparable à l'aide d'autres méthodes de consensus.

Validité de la technique

Cette technique n'a pas la même rigueur statistique que les méthodes expérimentales, mais elle répond néanmoins à des critères psychométriques essentiels. La validité du contenu est établie grâce à l'utilisation d'un groupe d'experts (Goodman, 1987) ; d'autre part, on obtient une validité apparente et une validité concourante élevées lorsqu'un consensus a été obtenu à la suite d'itérations successives (Williams et Webb, 1994). Cependant, la

fiabilité de cette technique est difficile à établir, étant donné que l'une des façons les plus courantes d'établir la fiabilité d'une méthode et d'un résultat consiste à reproduire une étude, ce qui ne convient normalement pas pour les méthodes Delphi. Pour concevoir un autre outil valable et fiable de collecte de données pour la présente étude, il aurait fallu avoir recours à des méthodes différentes et moins appropriées et cela aurait en outre été impossible dans les délais impartis.

En raison des avantages susmentionnés de l'étude Delphi, son choix s'est imposé pour la présente étude, dans la mesure où il s'agissait essentiellement d'obtenir des avis d'experts sur les caractéristiques idéales du responsable des soins infirmiers au niveau national. Cependant, d'autres questions méthodologiques de conception ont dû être prises en considération avant la mise en œuvre de cette étude. Elles sont exposées plus loin, ainsi que les façons dont il en a été tenu compte dans la présente étude. Des informations détaillées sur la méthodologie et l'échantillonnage utilisé pour cette étude seront présentés dans la section intitulée « Méthode ».

Critères d'échantillonnage

Habituellement, on ne précise pas de critères à remplir pour faire partie d'un groupe d'experts, si ce n'est des compétences techniques dans le domaine considéré. Les décisions relatives à la composition du groupe d'experts sont généralement convenues lors de discussions avec les principales parties intéressées au travail de recherche en question (Crisp et al, 1999). Aux fins de la présente étude, il a été décidé avec des responsables du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe que les experts étaient des parties prenantes appropriées dans l'administration de la santé au niveau gouvernemental et consistaient en divers professionnels de la santé et administrateurs d'organisations nationales, par exemple des associations d'infirmiers, et d'autres personnes dont il était reconnu que l'avis sur la question revêtait de l'importance.

Taille de l'échantillon

Il n'existe pas de recommandations formalisées sur une taille appropriée de l'échantillon et, du reste, Bowles (1999) fait observer que, pour certaines études, de 7 à 1685 experts ont été utilisés. Comme le nombre d'experts (conformément à la définition de cette dernière notion qui figure plus haut) est forcément limité, il a été décidé, après des discussions avec le conseiller régional pour les soins infirmiers du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qu'il fallait s'efforcer de retenir 15 répondants pour chacun

des 22 pays européens (N = 330). Les pays retenus comprenaient, selon la classification de l'OMS, des nouveaux États indépendants, des pays d'Europe centrale et orientale et des pays d'Europe occidentale, ainsi que des pays appartenant aux catégories géopolitiques traditionnelles que sont la Scandinavie, l'Europe orientale, l'Europe occidentale et les pays de la Méditerranée (voir section consacrée à l'échantillonnage).

La réduction de l'échantillon au cours des étapes successives de l'étude Delphi peut représenter un problème, mais il est possible d'atténuer celui-ci en ciblant des personnes déterminées à chaque itération (Beretta, 1996). Cette méthode a été utilisée dans le cadre de la présente étude.

Validité des résultats

Le contenu, la validité apparente et la validité concourante de la méthode Delphi ont déjà été abordés plus haut. La validité des résultats est également influencée par le taux de réponse : un grand nombre de réponses initiales et une faible réduction du nombre d'experts se traduisent par une plus grande validité.

Réduction du biais

Comme le chercheur n'a généralement pas de contact direct avec les répondants, il ne peut influencer sur les opinions recueillies. Cependant, la subjectivité du chercheur peut jouer un rôle lorsqu'il fait la synthèse pour dégager des thèmes conceptuels communs. Une classification autonome des réponses et une analyse ultérieure du degré d'accord peuvent être utilisées pour réduire autant que possible cette source de biais et c'est ce qui a été fait dans le cadre de la présente étude.

En outre, comme c'est le cas d'autres éléments de la méthode Delphi, aucune règle concernant la définition de la notion de consensus n'existe dans le présent contexte. En général, les chercheurs adoptent une définition arbitraire et rétrospective. Pour éviter cette source de biais, on a ici eu recours, lors de la deuxième étape, à une mesure d'accord quantitative sur laquelle une analyse statistique pouvait être effectuée. Il a été décidé dès le départ qu'il serait mis fin à l'étude dès qu'un niveau d'accord statistiquement significatif ($p < 0,05$) serait atteint dans tous les pays.

Méthode

Nature de l'étude

Une étude Delphi a été réalisée (voir description plus haut) dans 22 États membres de la Région européenne de l'OMS, en vue de définir les caractéristiques jugées essentielles pour un responsable des soins infirmiers.

Documents

Première étape : on a conçu un questionnaire ouvert, qui présentait une brève description de l'étude et de son but, et demandait aux répondants d'indiquer un grand nombre de caractéristiques, d'aptitudes et de compétences que devrait posséder un responsable des soins infirmiers idéal au niveau gouvernemental. On a donné des exemples, qui concernaient les qualités personnelles, les compétences techniques, des qualités physiques et des aptitudes intellectuelles.

Deuxième étape : une synthèse des réponses obtenues au cours de la première étape a servi à établir un questionnaire plus structuré. Dans celui-ci, il était demandé aux répondants d'indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord ou n'étaient pas d'accord en traçant une marque sur une ligne non graduée pour chacune des 16 caractéristiques thématiques qui avaient été obtenues grâce à la première étape de l'étude.

Les deux questionnaires ont été traduits par l'OMS dans les langues les plus appropriées pour les pays destinataires, et chaque questionnaire était accompagné d'une lettre expliquant l'objet de l'étude.

Échantillon

Étape 1 : Quinze questionnaires ont été envoyés à chacun des 22 pays participants (Allemagne, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Russie, Slovaquie, Suède, Suisse et Turquie). Il a été demandé que ces questionnaires soient distribués aux principaux experts intéressés du système national de soins de santé (N = 330). La notion d'experts a été définie dans une lettre d'envoi : il devait s'agir de parties prenantes de niveau élevé dans des départements sanitaires de niveau gouvernemental, représentant plusieurs catégories de professionnels de santé.

L'enquête a donc porté sur des pays appartenant aux diverses catégories établies par l'OMS en ce qui concerne les pays européens, c'est-à-dire les pays d'Europe occidentale (PEO), les nouveaux États indépendants (NEI) et les pays d'Europe centrale et orientale (PECO)². En outre, les groupements géopolitiques traditionnels (Scandinavie, Europe occidentale, Europe orientale et pays de la Méditerranée) étaient également représentés.

Étape 2 : Quinze exemplaires du deuxième questionnaire ont été envoyés aux mêmes correspondants de chacun des pays qui avaient répondu dans le cadre de la première étape et il leur a été demandé de distribuer ces questionnaires aux mêmes experts qui avaient été utilisés précédemment. Douze pays avaient répondu dans le cadre de la première étape (Belgique, Danemark, République tchèque, Pays-Bas, Grèce, Angleterre, Finlande, Hongrie, Islande, Russie, Suisse et Suède), de sorte que 180 questionnaires ont été distribués à ce stade. Les données concernant le taux de réponse global et par pays se trouvent dans la section « Résultats ».

Procédure

Les questionnaires de l'étape 1 ont été envoyés au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en vue de leur traduction dans des langues appropriées pour les pays destinataires. Des exemplaires du questionnaire ont ensuite été envoyés aux correspondants désignés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans chacun des 22 États membres susmentionnés ; ils étaient accompagnés d'une lettre expliquant l'objet de l'étude et donnant des indications sur le choix des experts. Il était demandé aux répondants de mentionner un nombre aussi élevé de caractéristiques qu'ils le jugeaient approprié (voir section « Documents » ci-dessus) et de renvoyer le questionnaire dès que possible au correspondant de leur pays. Tous les questionnaires ont été remplis de façon anonyme, mais le nom du pays des répondants était enregistré. Les questionnaires ont ensuite été traduits en anglais et renvoyés aux chercheurs.

Quatre mille deux cent soixante treize caractéristiques ont été enregistrées dans une feuille de calcul d'un tableur, et les chercheurs,

² Les pays d'Europe centrale et orientale sont les pays suivants : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, et Yougoslavie. Les nouveaux États indépendants sont les pays suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine. Les pays d'Europe occidentale sont les pays suivants : Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Espagne, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Scandinavie et Suisse.

travaillant indépendamment l'une de l'autre, les ont rangées dans des catégories correspondant à des thèmes sémantiques. Le nombre de thèmes n'était pas limité. Les thèmes et leur contenu ont ensuite fait l'objet d'une comparaison entre les chercheurs, afin d'établir un degré d'accord. Un chercheur a recensé 19 thèmes et l'autre 16, mais il y avait accord entre eux sur la classification de 3659 éléments, ce qui représentait un niveau d'accord de 85,6%. Le nombre de thèmes le moins élevé a été utilisé pour la deuxième étape du questionnaire, pour les raisons suivantes :

- les similitudes sémantiques des 3 thèmes supplémentaires a permis de les intégrer dans les 16 autres thèmes ;
- des catégories ayant une signification bien précise devait réduire autant que possible toute ambiguïté pour éviter tout problème de traduction ;
- un nombre moins élevé permettait de réduire la tâche des répondants au cours de la deuxième étape.

Ces thèmes étaient les suivants :

- Habilité politique
- Autorité
- Aptitude à la communication
- Aptitude à la réflexion stratégique
- Aptitude à la résolution de conflits
- Compétences en matière de gestion
- Crédibilité professionnelle
- Compétences en matière de recherche
- Compétences en matière de prise de décision et de résolution de problèmes
- Caractéristiques physiques
- Honorabilité et intégrité
- Qualités personnelles
- Capacité d'innovation
- Aptitude à promouvoir les soins infirmiers
- Capacité de travailler en équipe

- Capacité de gérer l'information

Chacune de ces caractéristiques a été mentionnée dans le questionnaire de la deuxième étape et associée à une échelle analogique visuelle non graduée. Celle-ci consistait en une ligne non graduée de 10 cm ; à l'extrémité gauche, apparaissait la mention « pas du tout important » et à l'extrémité droite, la mention « extrêmement important ». Pour chaque caractéristique, on avait indiqué des exemples illustrant sa nature. Il était demandé aux répondants d'examiner ces caractéristiques sous l'angle de leur adéquation aux fonctions d'un responsable des soins infirmiers. Il leur était demandé de tracer une marque sur l'échelle analogique en fonction de l'importance qu'ils accordaient à chaque caractéristique dans ce contexte.

Les réponses ont été renvoyées par le correspondant au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en vue de leur traduction et envoyées ensuite aux chercheurs pour analyse. Comme les réponses obtenues à l'issue de la deuxième étape étaient quantifiables (l'importance accordée à chaque caractéristique était mesurée par la distance entre l'extrémité gauche de l'échelle et la marque tracée), il a été possible d'analyser les réponses en utilisant les techniques de la statistique inférentielle (coefficient de concordance de Kendall), pour évaluer le degré d'accord au sein de l'ensemble de l'échantillon et le degré d'accord au sein d'un pays donné. Si aucun niveau d'accord statistiquement significatif n'était observé à cette étape, le processus itératif devait être répété jusqu'à l'obtention d'un accord. En revanche, si un accord significatif était constaté, l'étude prendrait fin.

Résultats

Première étape : 75 réponses ont été reçues d'un total de 12 États membres, ce qui a produit 4273 caractéristiques. Cela constitue un taux de renvoi de 23% par partie prenante et un taux de renvoi par pays de 54,6%. Les 12 pays étaient la Belgique (n = 6), le Danemark (n = 10), la République tchèque (n = 1), les Pays-Bas (n = 1), la Grèce (n = 1), l'Angleterre (n = 3), la Finlande (n = 4), la Hongrie (n = 9), l'Islande (n = 7), la Russie (n = 1), la Suisse (n = 9) et la Suède (n = 11). Les caractéristiques ont été réparties dans les 16 thèmes mentionnés plus haut, avec un degré de recouvrement ou d'accord de 85,6%.

Deuxième étape : 63 réponses ont été obtenues de 12 pays et 8 réponses ont été obtenues de 3 autres pays, mais ces dernières trop tard pour qu'elles puissent être prises en compte (Belgique = 4, Finlande = 1, Angleterre = 3). Cela constitue un taux de renvoi individuel de 84% de l'échantillon de la première étape et un taux de renvoi des pays de 100%. Les réponses ont été analysées pour l'ensemble de l'échantillon et par pays au moyen d'une série de coefficients de concordance de Kendall. Les résultats sont présentés ci-après.

Tableau 1 : Résultats des coefficients de concordance de Kendall par pays et pour l'ensemble de leur échantillon

PAYS	N	W	DL	X ²	P	IMPLICATION
BELGIQUE	6	0,57	5	51,3	<0,001	accord
DANEMARK	10	0,23	9	34,5	<0,01	accord
PAYS-BAS	1	s.o.*	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
GRÈCE	1	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	1	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
ANGLETERRE	3	0,67	2	30,15	<0,02	accord
HONGRIE	9	0,36	8	48,6	<0,001	accord
ISLANDE	7	0,3	6	31,5	<0,01	accord
RUSSIE	1	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
SUISSE	9	0,36	8	48,6	<0,001	accord
SUÈDE	11	0,3	10	49,5	<0,001	accord
FINLANDE	4	0,36	3	21,6	n.s.*	pas d'accord
ENSEMBLE	63	0,17	160,65	15	<0,001	accord

*s.o. = sans objet (n'est pas procédé à une analyse statistique lorsqu'une seule réponse a été reçue) ; n.s. = non significatif.

Ces résultats indiquent clairement un niveau d'accord significatif dans les 12 pays et dans chacun d'entre eux à l'exception de la Finlande. Eu égard à ce niveau significatif d'accord au sein de l'échantillon, il a pu être mis fin à l'étude Delphi à l'issue de la deuxième étape. Les membres de l'échantillon étaient d'accord que les caractéristiques principales d'un responsable des soins infirmiers étaient les suivantes, par ordre d'importance décroissante :

1. Aptitude à la communication
2. Capacité de travailler en équipe
3. Aptitude à la réflexion stratégique

4. Crédibilité professionnelle
5. Autorité
6. Habilité politique
7. Honorabilité et intégrité
8. Capacité d'innovation
9. Compétences en matière de prise de décision et de résolution de problèmes
10. Qualités personnelles
11. Aptitude à promouvoir les soins infirmiers
12. Compétences en matière de gestion
- 13.5. Aptitude à la résolution de conflits
- 13.5. Capacité de gérer l'information
15. Compétences en matière de recherche
16. Caractéristiques physiques

Les qualités jugées les plus importantes par l'ensemble de l'échantillon et par les différents pays sont présentées sous forme de graphiques dans les figures 1 à 13 (voir annexe 1).

Une analyse plus approfondie à l'aide du coefficient de concordance de Kendall a été réalisée au moyen de la classification des pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (pays d'Europe centrale et orientale, nouveaux États indépendants et pays d'Europe occidentale). Comme seul un pays faisant partie des nouveaux États indépendants (Russie) a renvoyé le questionnaire l'analyse n'a été effectuée que pour les deux autres groupes. Les résultats sont présentés dans le tableau 2 et les figures 14 et 15 (voir annexe 1).

Tableau 2 : Résultats des coefficients de concordance de Kendall selon les groupements de pays de l'OMS

GROUPE	N	W	X ²	DL	P	IMPLICATION
PECO	2	0,34	51	1	<0,001	accord
PEO	9	0,19	148,2	8	<0,001	accord

Les résultats ci-dessus démontrent qu'il y a un accord significatif au sein des deux groupes. La hiérarchie des qualités est présentée dans le tableau 3 ci-après.

Tableau 3 : Hiérarchie des qualités par groupements de pays de l'OMS

QUALITÉ	PEO	PECO
Aptitude à la communication	1	5
Capacité de travailler en équipe	2	6
Autorité	3	12
Aptitude à la réflexion stratégique	4	3,5
Habilité politique	5	15
Crédibilité professionnelle	6	1
Honorabilité et intégrité	7	9
Capacité d'innovation	8	8
Qualités personnelles	9	13
Compétences en matière de prise de décision et de résolution de problèmes	10	3,5
Aptitude à promouvoir les soins infirmiers	11	7
Compétences en matière de gestion	12	2
Compétences en matière de recherche	13	16
Capacité de gérer l'information	14	14
Aptitude à la résolution de conflits	15	10
Caractéristiques physiques	16	11

Discussion

On observe un niveau étonnamment élevé d'accord au sein de l'ensemble de l'échantillon en ce qui concerne les qualités que doit posséder le responsable des soins infirmiers. En outre, sur les 8 pays dont les réponses ont pu faire l'objet d'une analyse statistique, 7 se caractérisaient par un accord très significatif au sein du pays, même si la hiérarchisation des caractéristiques ne correspondait pas nécessairement en tous points avec les réponses de l'ensemble de l'échantillon (voir annexe 1).

Ces résultats mettent en évidence un accord suffisant au sein de l'échantillon en ce qui concerne les caractéristiques correspondant à la représentation consensuelle du responsable des soins infirmiers idéal. En conséquence, s'il est jugé important que tous les pays choisissent et orientent les responsables des soins infirmiers en fonction d'un modèle

unique convenu sur le plan international, les 16 qualités recensées pourraient être utilisées pour guider ce processus. En revanche, si certaines optiques et positions nationales sont estimées essentielles pour le choix d'un responsable des soins infirmiers, dans ce cas, à l'exception de la Finlande, les différents pays se caractérisent par un niveau élevé d'accord interne.

Les 16 qualités se rapprochent des qualités définies à l'issue d'études successives des compétences qui doivent être celles d'un responsable en général et, par conséquent, les résultats de la présente étude sont corroborés dans une certaine mesure tant par la recherche empirique que par des considérations théoriques (par exemple, Lorentzon, 1992 ; Cook, 2001 ; Cunningham et Kitson, 2000). Par exemple, bien qu'il existe tout un débat sur les caractéristiques d'un bon chef, trois d'entre elles ont fait l'objet d'un degré élevé de consensus dans la littérature relative aux travaux de recherche : l'influence sociale (la mesure dans laquelle une personne peut modifier, gérer et résoudre les états d'esprit et les comportements des autres et les orienter vers un résultat précis) ; les comportements propres à l'exercice de l'autorité, qui comprennent la planification stratégique, la prise de décision et le travail en équipe ; et l'autorité (la crédibilité personnelle et professionnelle dans l'optique de la réalisation d'un ensemble de résultats planifiés). D'autres études ont conclu que les chefs ont tendance à être intelligents et bien informés (Lorentzon, 1992), à posséder des caractéristiques personnelles telles que la chaleur, la confiance, l'honorabilité et l'intégrité (Tremblay, 2000), à posséder des aptitudes à l'innovation et à la créativité (par exemple, Tremblay, 2000), à être capables de prendre des décisions engageant l'avenir, à être de bons gestionnaires et à être politiquement habiles (McCormack et Hopkins, 1995). À ces égards, les caractéristiques définies plus haut par les pays qui ont répondu sont satisfaisantes sur le plan logique. En revanche, il est préoccupant de noter qu'un degré de priorité très bas est accordé à une culture des soins de santé reposant sur des données scientifiques, à la recherche et au traitement de l'information. Pour que les préoccupations des infirmiers dans le domaine de la recherche puissent être exprimées par leurs représentants au plus haut niveau, il faudrait peut-être accorder une plus grande importance à un intérêt pour les travaux de recherche. Il est très important et peut-être décevant de constater le classement relativement bas accordé à l'aptitude à promouvoir les soins infirmiers en tant que profession pour le bien de la société. En effet, on pourrait considérer qu'il s'agit d'une fonction essentielle d'un responsable des soins infirmiers et qu'elle

accroîtrait peut-être la légitimité de son poste. Il se peut que, jusqu'à présent, les responsables des soins infirmiers n'aient pas été en mesure d'influencer les autres en ce qui concerne les avantages que de bons soins infirmiers représentent pour la société. Bien entendu, ce classement bas pourrait indiquer que l'on suppose que cette notion est déjà considérée comme suffisamment importante ou, au contraire, que la profession devrait accepter qu'une moins grande importance soit accordée aux préoccupations relatives aux soins de santé.

Globalement, les résultats présentent un profil clair, logique et potentiellement utile des caractéristiques jugées essentielles pour un responsable des soins infirmiers. Il serait possible de l'utiliser non seulement pour établir un protocole de sélection du titulaire mais également pour guider l'élaboration de règles normalisées concernant le perfectionnement professionnel des titulaires, de façon à obtenir un profil des responsables des soins infirmiers qui soit plus homogène et plus international dans l'ensemble de l'Europe.

Références

- Beretta R (1996) A critical review of the Delphi technique. *Nurse Reseracher*. 3(4) 79 - 89
- Bowles N (1999) The Delphi technique. *Nursing Standard* 13(4) 32 - 36
- Cook M (2001) The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard* 15 (35) 33 - 36
- Crisp J, Pelletier D, Duffield C, Nagy S & Adams A (1999) It's all in a name. When is a Delphi study not a Delphi Study? *Australian Journal of Advanced Nursing* 16 (3) 32 - 37
- Cunningham G & Kitson A (2000) An evaluation of the RCN Clinical Leadership Development Programme: part 2. *Nursing Standard* 15 (13-15) 34 - 40
- Goodman C (1987) The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing* 12 729 - 734
- Jones J & Hunter D (1995) Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 311 376 - 380
- Kirk S, Carlisle C & Luker KA (1997) The implications of Project 2000 and the formation of links with higher education for the professional and academic needs of nurse teachers in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 26(5) 1036 -1044
- Lorentzon M (1992) Authority, leadership and management in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17 525 - 527
- Macdonald EB, Ritchie KA, Murray KJ & Gilmour WH (2000) Requirements for occupational medicine training in Europe: a Delphi study. *Occupational and Environmental Medicine* 57(2) 98 - 105
- MCCormack B & Hopkins E (1995) The development of clinical leadership through supported reflective practice. *Journal of Clinical Nursing* 4 161 - 168
- Ministry of Social Affairs and Health, Finland (1999) *Nursing and Midwifery in the 21st Century*. Survey on Nursing Practice, Management, Education and Research in Europe. Finland, Ministry of Social Affairs and Health
- Novak DA (1998) Nurse managers' opinions of their role. *Nursing Case Management* 3(6) 231 - 237

- Sentell JW & Finstuen K (1998) Executive skills 21: a forecast of leadership skills and associated competencies required by naval hospital administrators into the 21st century. *Military Medicine* 163(1) 3 – 8
- Tornquist E (1997) Nursing Practice Around the World. WHO/HDP/Nur-Mid/97.5 Geneva: Nursing/Midwifery Health Systems Development Programme
- Tremblay M (2000) 'Stepping Stones': Leadership development in the NHS. Monograph from Tremblay Consulting
- White K & Wilkes L (1999) The specialist breast care nurse: an evolving role. *Collegian* 6(4) 8 -13
- Williams PA & Webb C (1994) The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing* 19 180 – 186

Annexe 1

Figure 1 Ensemble des pays – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

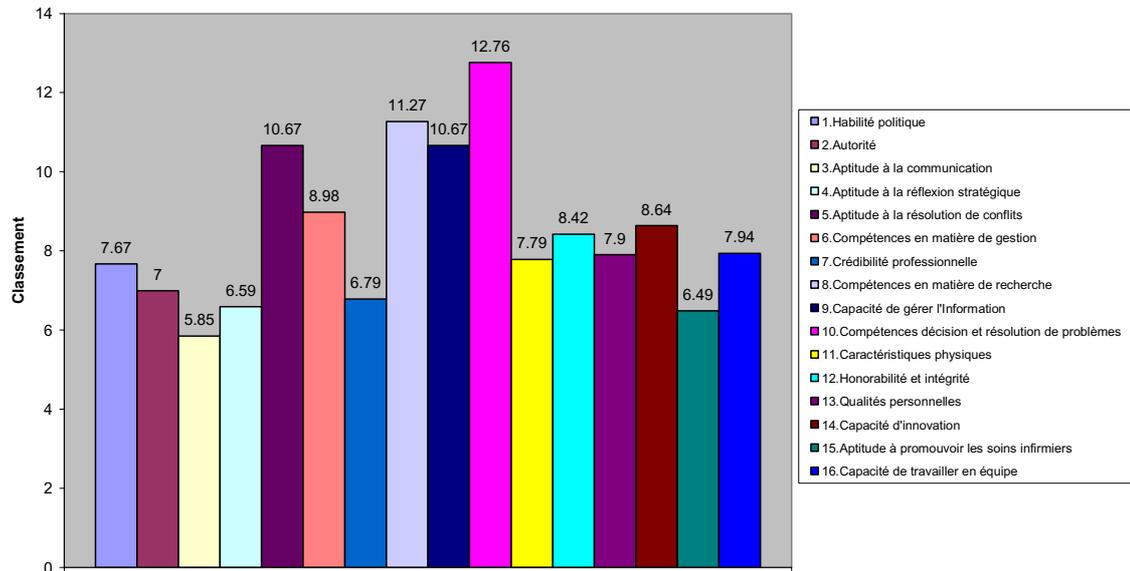


Figure 2 Belgique – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

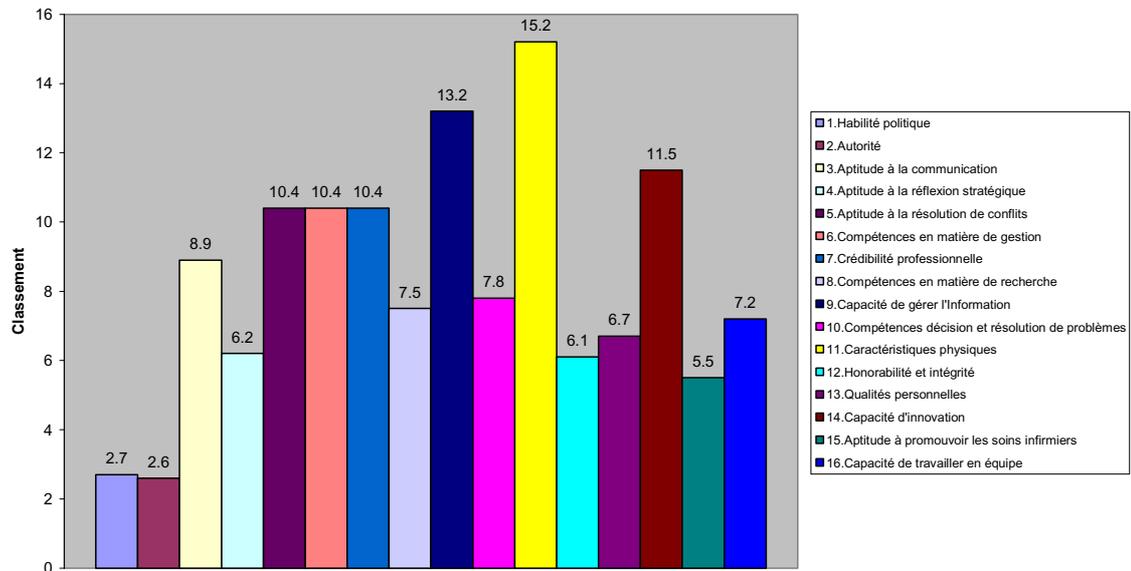


Figure 3 Danemark – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

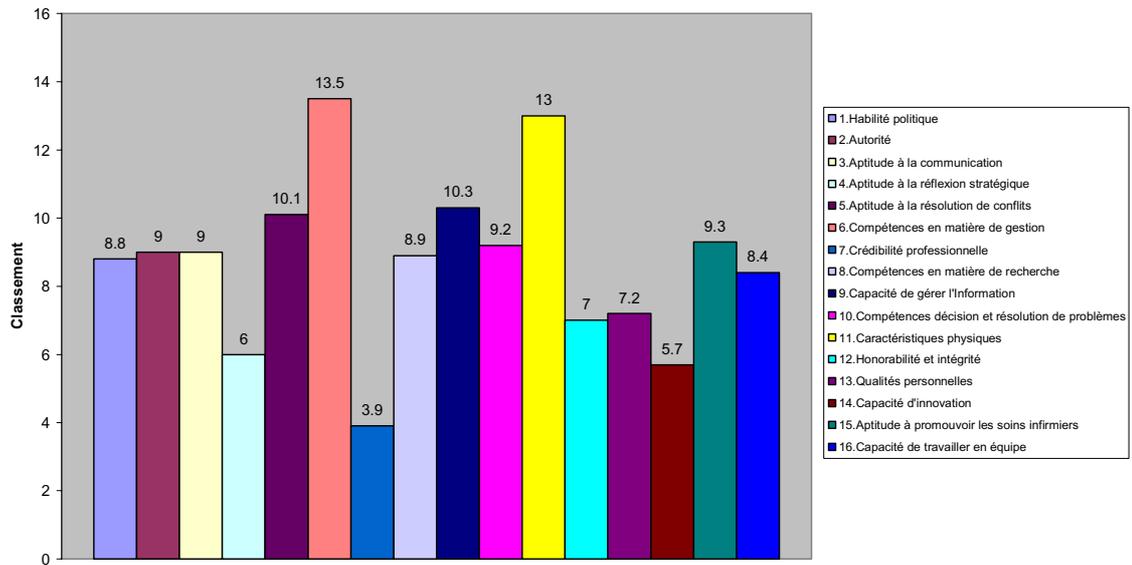


Figure 4 Pays-Bas – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

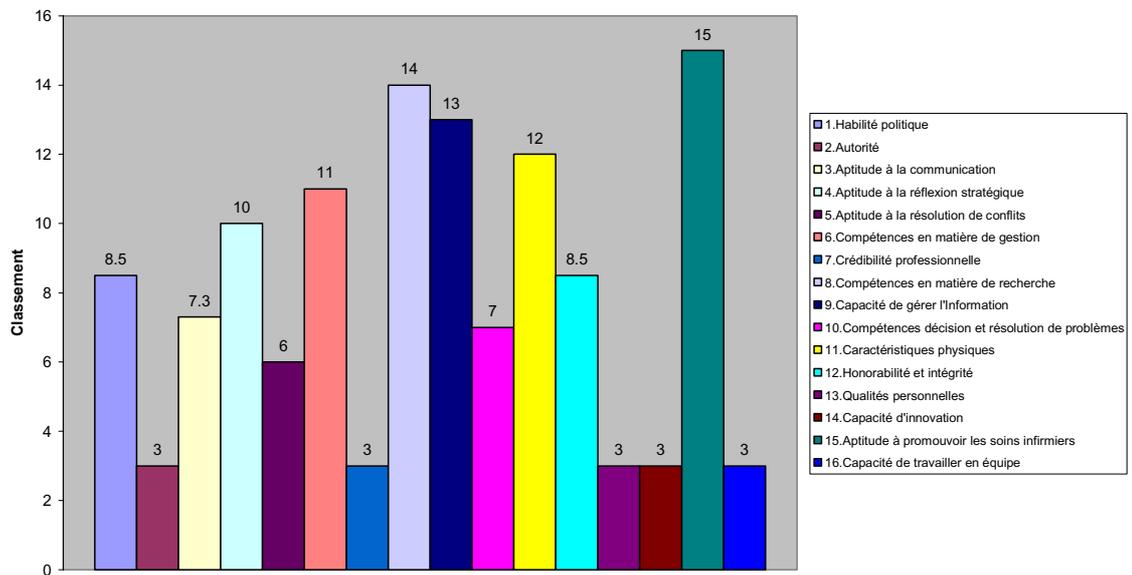


Figure 5 Grèce – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

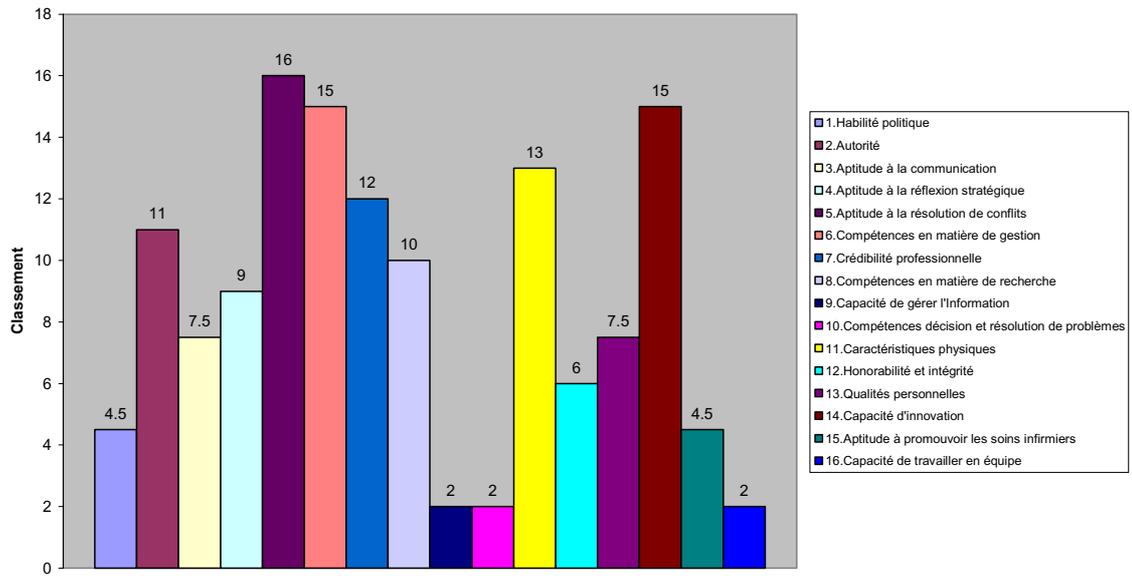


Figure 6 République tchèque – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

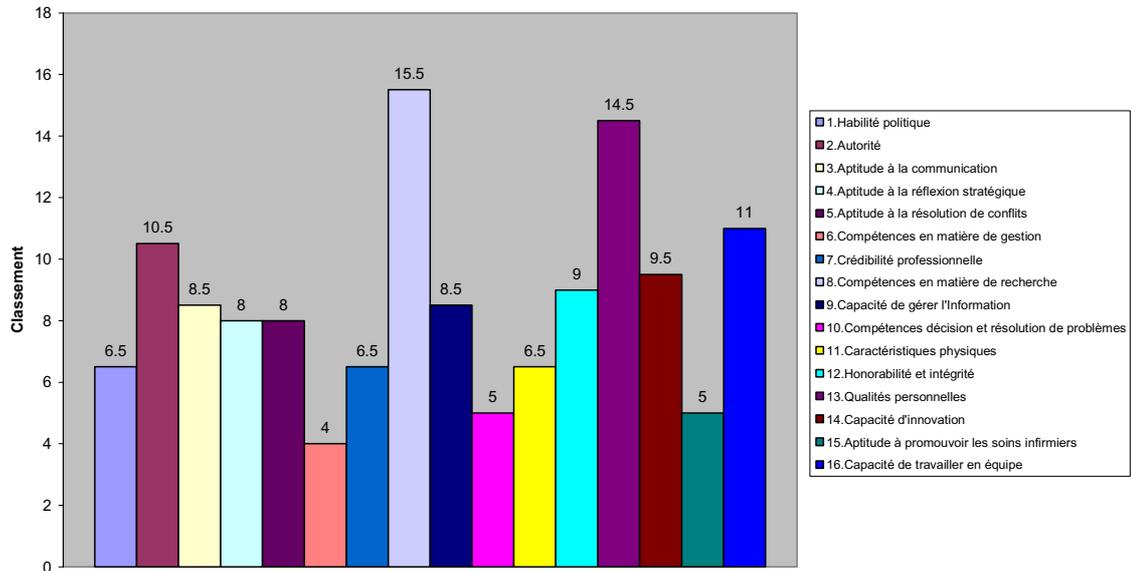


Figure 7 Royaume-Uni – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

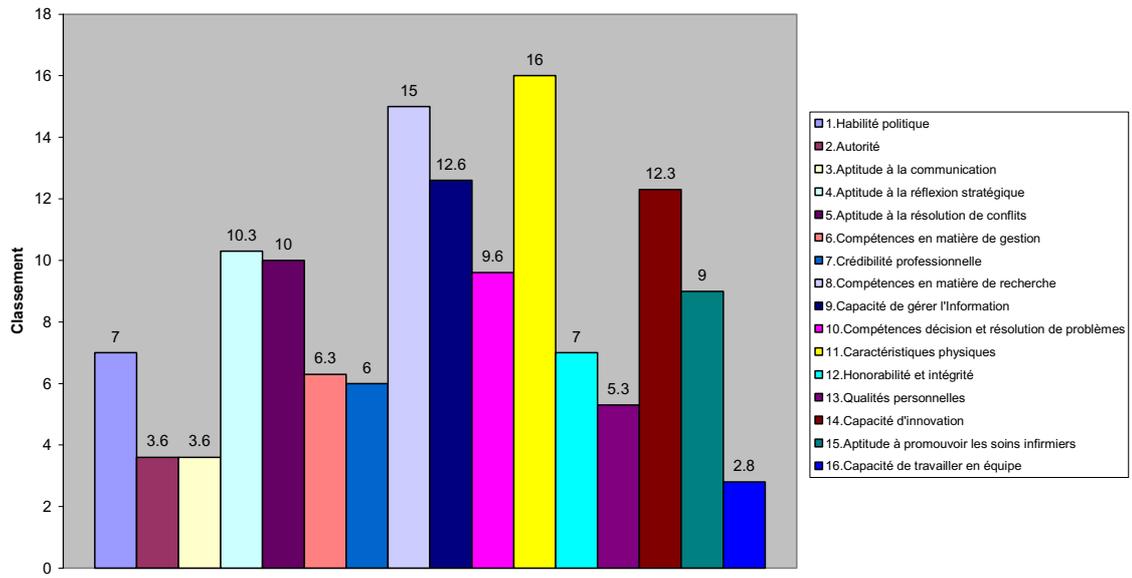


Figure 8 Finlande – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

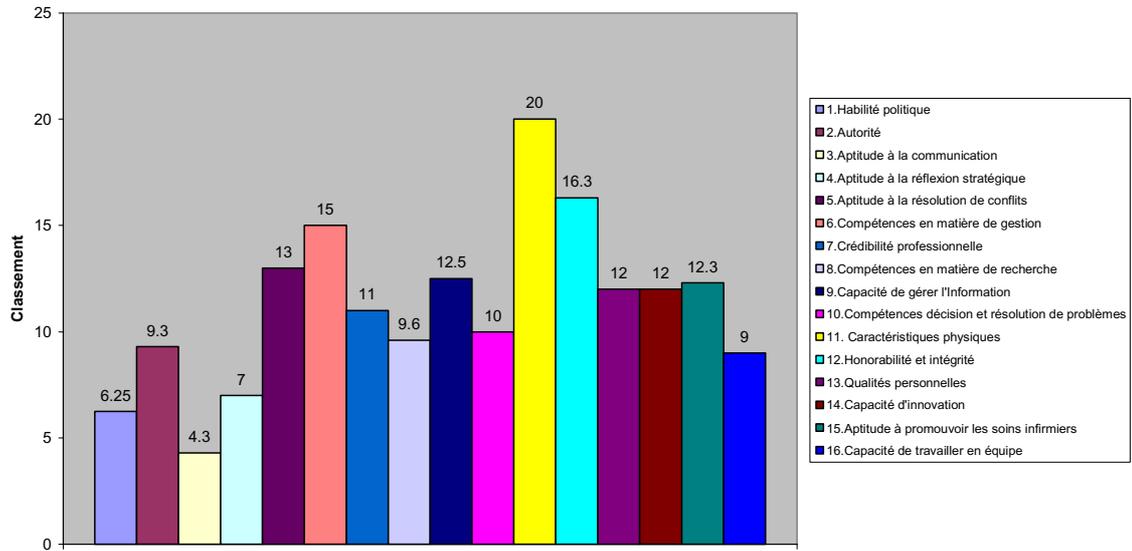


Figure 9 Hongrie – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

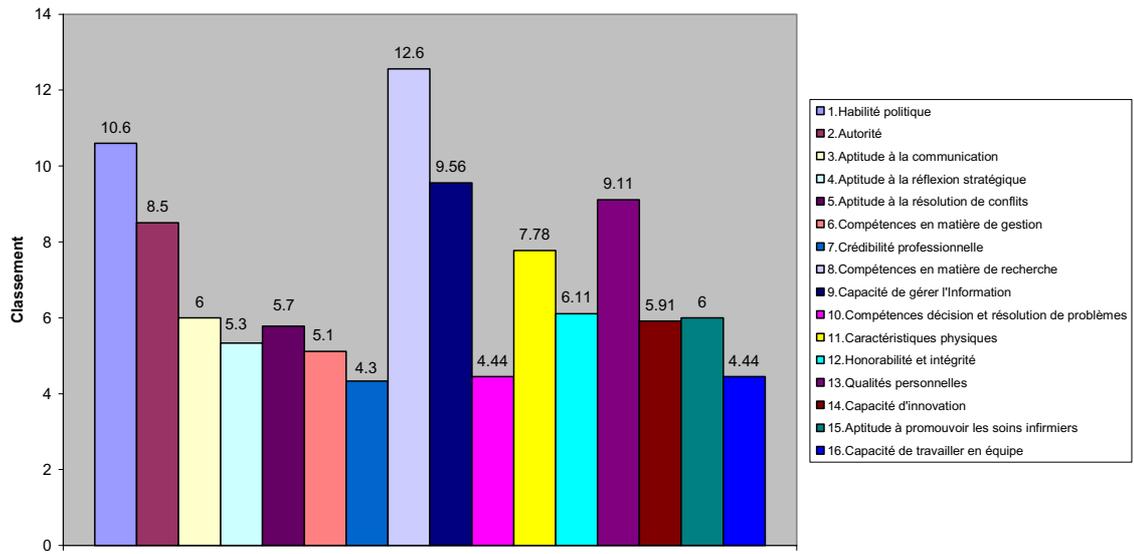


Figure 10 Islande – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

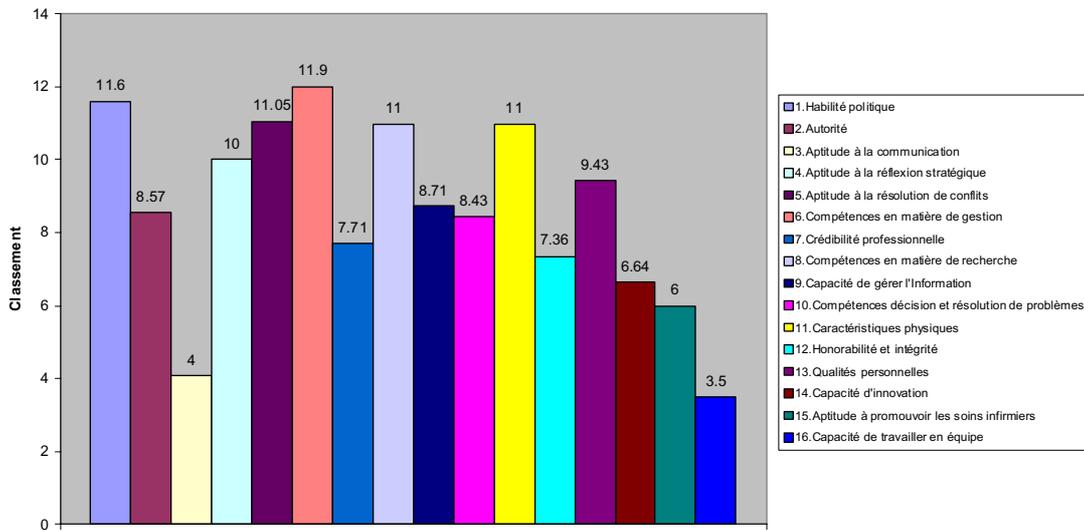


Figure 11 Russie – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

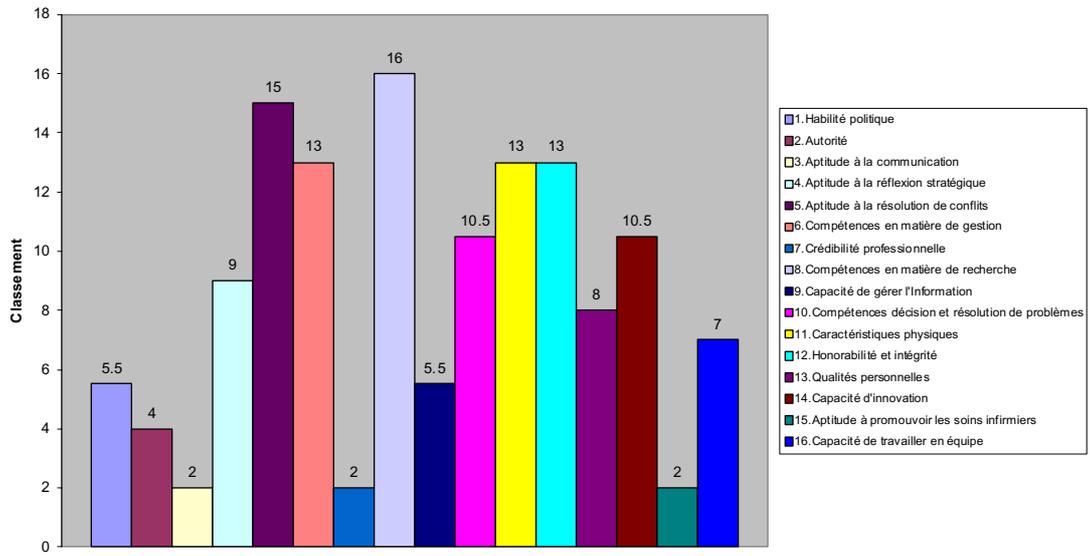


Figure 12 Suisse – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

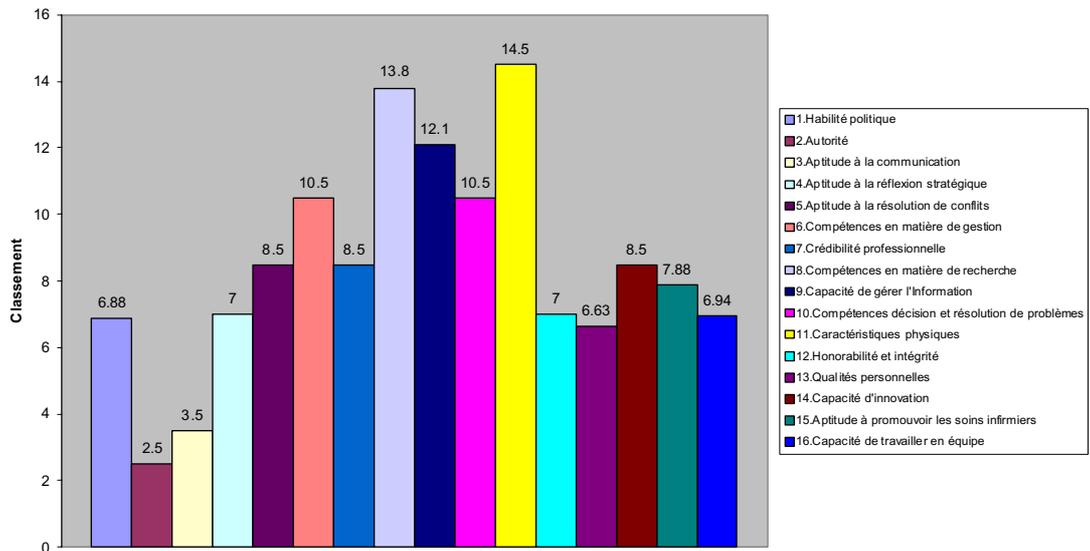


Figure 13 Suède – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

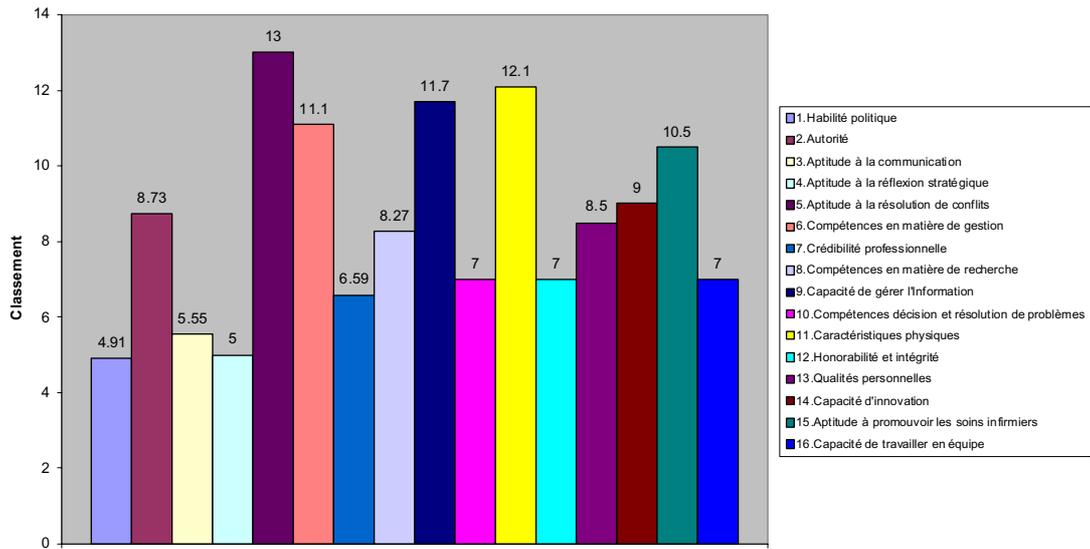


Figure 14 Pays d'Europe occidentale – Classement des caractéristiques par ordre d'importance

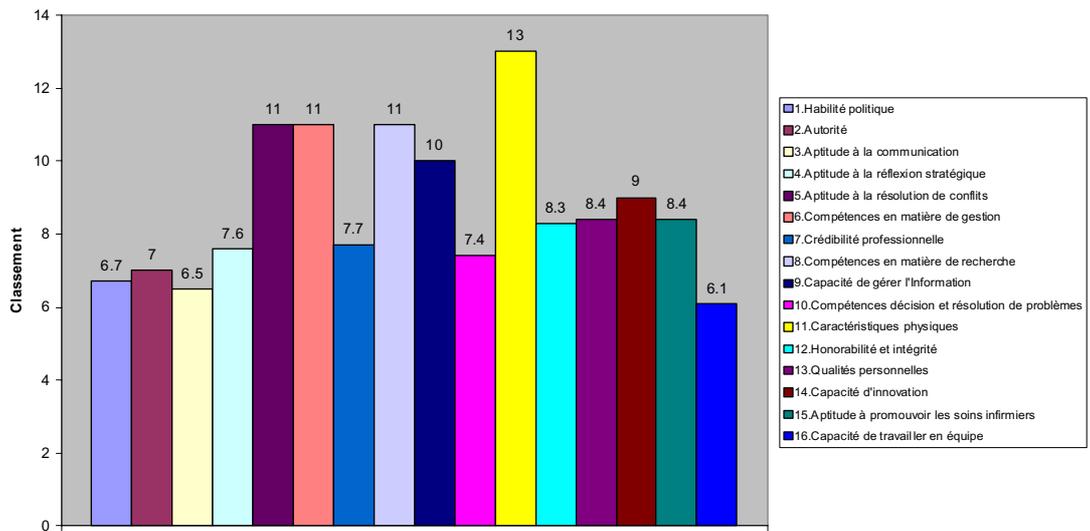
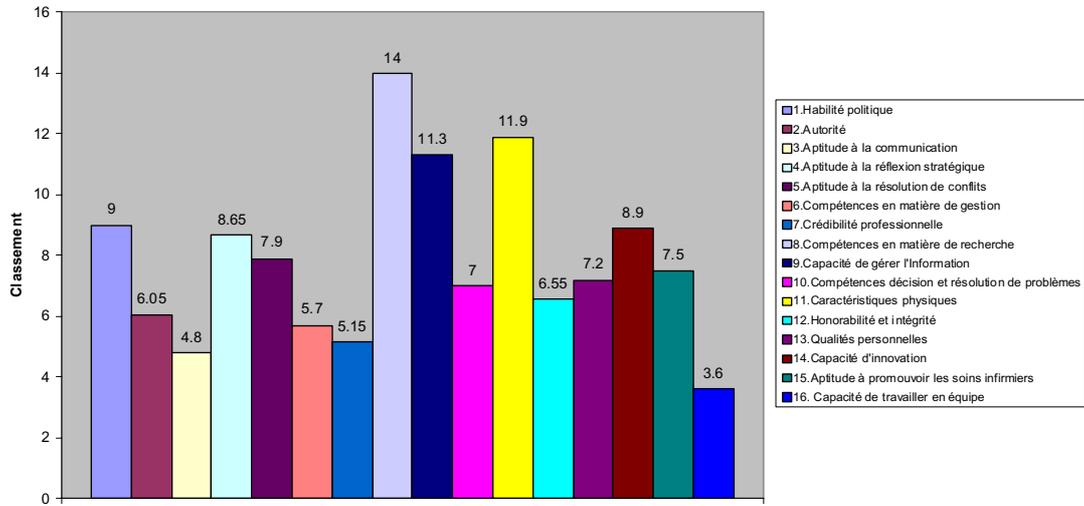


Figure 15 Pays d'Europe centrale et orientale – Classement des caractéristiques par ordre d'importance



EUR/01/5019319
ORIGINAL : ANGLAIS

E74650

Pour soutenir la fonction de responsables des soins infirmiers dans les pays membres de la Région européenne de l'OMS, il faudra sélectionner et recruter de façon systématique des titulaires qualifiés, et établir des règles normalisées pour le perfectionnement professionnel des personnes récemment recrutées et du personnel déjà en poste. À cet effet, il est essentiel de définir les caractéristiques jugées importantes pour un responsable des soins infirmiers. C'est pourquoi une étude Delphi a été entreprise dans 22 États membres. Un consensus a été obtenu lors de la deuxième étape de l'étude, à laquelle 12 pays ont participé.



Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Danemark

Téléphone : +45 39 17 17 17
Télécopieur : +45 39 17 18 18
Télex : 12000

Courrier électronique : postmaster@who.dk
Site Internet : <http://www.who.dk>